

VERNON'S OP. C. 7

Eugenio Car. Dott. Peraz

N. 11-346

BEISONE GIUSEPPE

OSSERVAZIONI

DI

CHIRURGIA E GINECOLOGIA



TORINO

TIPOGRAFIA ROUX E FAVALE

1880

VERMOREL OF C. F.

XX. g. 6
1882 (6)

PUBBLICAZIONI DELL'INDIPENDENTE
GAZZETTA MEDICA
DI TORINO

1925-1926

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

LIBRARY

OF THE

PHYSICAL SCIENCES

N.º d' inventario
1802

OSSERVAZIONI

DI

CHIRURGIA E GINECOLOGIA

PEL DOTTOR

BEISONE GIUSEPPE

Medico Ordinario nell'Ospedale di Pinerolo



TORINO

TIPOGRAFIA ROUX E FAVALE

1880

UNIVERSITY

LIBRARY

OF THE

STATE OF

NEW YORK

ALBANY

1874

PRINTED BY

JOHN B. LEECH

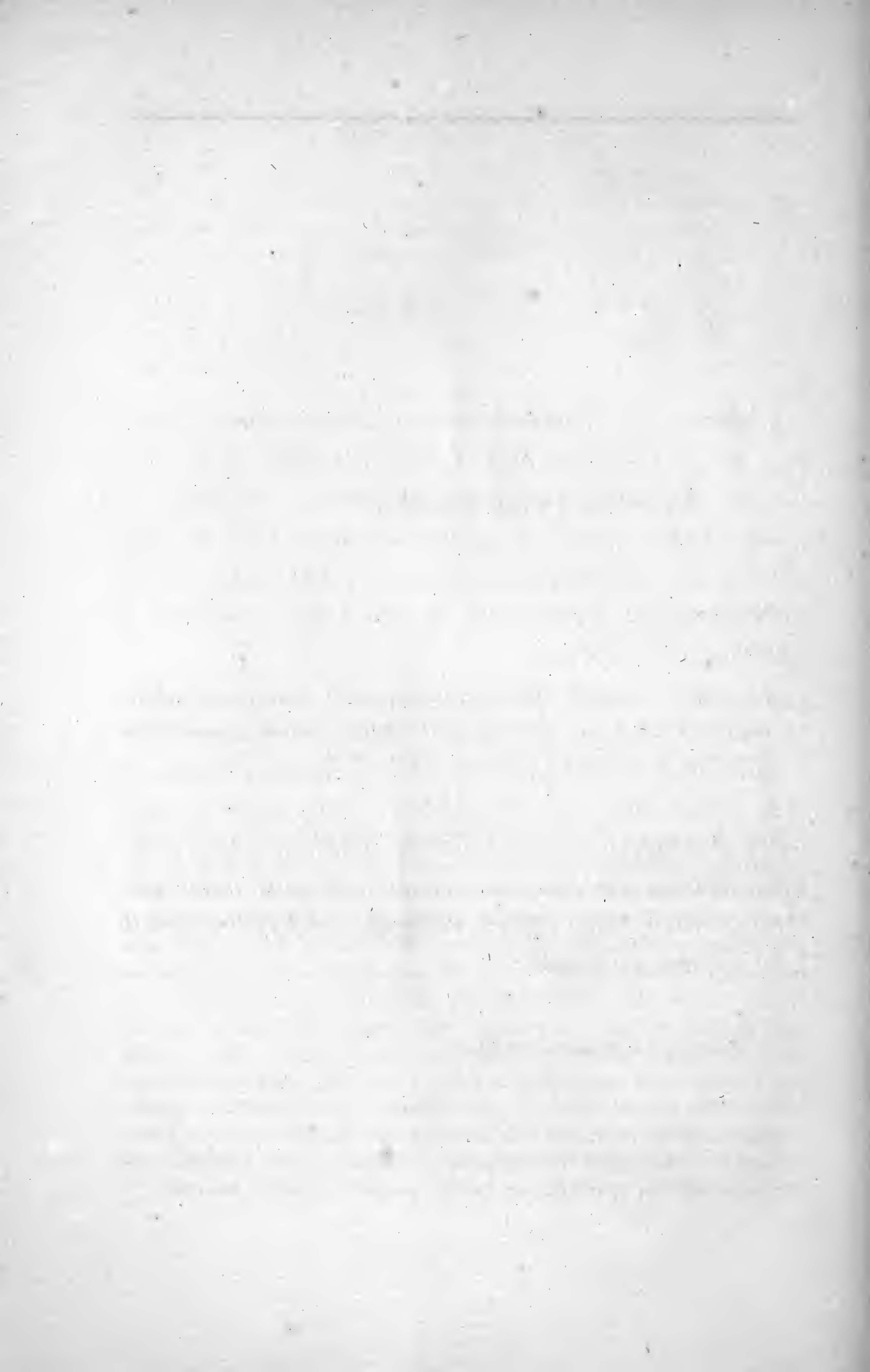
ALBANY

1874

Contribuire a diffondere la pratica delle operazioni chirurgiche e della terapeutica uterina nelle città minori e nel contado più largamente che non s'è fatto finora, e dimostrare la possibilità ed i vantaggi di siffatto sperimento, tale è lo scopo ch'io mi sono prefisso pubblicando per le stampe questa storia particolareggiata d'una parte del mio lavoro chirurgico e ginecologico di quest'anno.

Ho creduto bastare al mio intento pochi casi clinici ch'io ho spigolati nei rami più disparati della chirurgia operativa e conservativa, e nella serie delle affezioni uterine più comuni, ed ho esposti, come comporta l'esercizio professionale, in tutta fretta ed a spizzico, facendo qualche strappo al riposo della sera: fiducioso pertanto che l'imperfezione della forma non abbia a rendere meno efficace l'espressione dei fatti compiuti e dei risultati conseguiti.

Pinerolo, 31 Dicembre 1879.



CHIRURGIA.

I.

Infiltrazione urinosa da restringimento uretrale e fistole uretro-perineali. — Uretrotomia esterna senza conduttore attraverso il restringimento. — Guarigione.

N. N., negoziante, d'anni 38, di costituzione robusta, contrasse nel 1860 un'uretrite blenorragica che durò due anni all'incirca, con scolo irregolare e piuttosto abbondante, ma con sofferenze così lievi, che il malato limitò la cura all'uso di semplici bevande emollienti, e non interruppe mai la vita nomade richiesta dal suo mestiere. Sullo scorcio del secondo anno cominciò a risentire un po' di difficoltà nell'orinare e più tardi, mentre era in viaggio nella Svizzera, avvertì alla regione perineale sinistra, a poca distanza dall'ano, lo sviluppo d'un tumore molle che acquistò in breve il volume d'un uovo di gallina e si aprì lasciando colare in copia pus e orina: ebbe così origine la prima fistola dalla quale usciva l'orina all'atto della mizione, talora in abbondanza e talora soltanto a gocce. Ammogliatosi nel 1869, non vide aggravarsi per lo stato coniugale i suoi incomodi ed ebbe prole; l'eiaculazione si compieva senza difficoltà e lasciava gemere dal foro fistoloso qualche goccia del liquido seminale.

Negli ultimi giorni dell'ottobre 1878 comparvero a breve intervallo di tempo tre ascessi del volume d'una noce, uno alla natica sinistra, l'altro a metà circa della regione perineale destra e l'ultimo sulla linea mediana dietro lo scroto: si svuotarono tutti in breve, dando uscita a pus commisto con orina e originando altrettante fistole di cui l'ultima retroscrotales presentava al foro d'uscita una perdita di sostanza della cute d'un centimetro quadrato di superficie. Il malato era allora in viaggio: sentiva aggravarsi ogni giorno un senso di peso alla regione perineale e rendersi difficile l'emissione dell'orina dal meato urinario, mentre scorreva più facile e copiosa dai fori fistolosi. Ma coteste sofferenze non valsero ad indurlo a ricorrere ai consigli d'un sanitario: applicava di quando in quando cataplasmi emollienti sul perineo, beveva tisane rinfrescanti e continuava la sua vita nomade e faticosa.

Il 21 gennaio 1879, mentre percorreva a piedi la via che da Cavour conduce alla sua borgata, fu sòprappreso da gravissima disuria e da dolori al perineo così violenti, che non potè proseguire il suo cammino e dovette farsi trasportare a casa sopra un carro: il getto dell'orina era minimo, stentato e a gocce con ardore lungo il canale e tenesmo al collo penosissimi: al quarto giorno i dolori aumentarono notevolmente al perineo ed allo scroto, ed in queste regioni la cute cominciò a tumefarsi per modo che il malato si risolvette di ricorrere ai soccorsi dell'arte medica e mi fe' cercare in fretta il mattino seguente (26 gennaio). La distanza da Pinerolo alla borgata del malato è di quattro chilometri circa: recatomi a casa sua nel pomeriggio, lo trovai disteso nel letto, e in preda ad una febbre gagliarda ed a sofferenze violenti: lo scroto, la parte anteriore del perineo e la radice del pene erano tumefatti, edematosi, d'una tinta scolorata e livida: la pressione digitale vi risvegliava un dolore acutissimo e produceva un crepitio quasi enfisematico. Trattavasi manifestamente d'infiltrazione urinosa per rottura dell'uretra dietro il restringimento, poichè il malato mi narrava che la sera innanzi in mezzo agli sforzi fatti per orinare aveva provato un sollievo istantaneo come se d'un tratto si fosse aperto un varco alle orine, ma che poco appresso erano sorvenuti brividi, senso di stanchezza e quel malessere indicibile che durava tuttora quando io giunsi. Il polso era piccolo ed intermittente, il volto contratto e suffuso da sudori freddi, le forze oltremodo prostrate.

Provvidi immantinentemente all'indicazione più urgente, a quella cioè di prevenire un maggiore accumulo d'orina nei tessuti, e provocare l'eliminazione di quella già infiltrata praticando alla regione anteriore del perineo e ai due lati del rafe scrotale larghe e profonde incisioni. Ne uscì una

notevole quantità di urina unita a poco pus, ed il malato ne provò un immediato sollievo. Avrei voluto fendere il perineo fino al crepaccio uretrale per assicurare libera uscita all'orina, ma trovandomi solo e dinnanzi ad un malato esausto di forze, mi limitai per quel giorno a prescrivergli una pozione eccitante con un po' di solfato di chinino, lozioni fenicate sulle parti incise, vino generoso e buoni brodi, riservandomi tornare l'indomani accompagnato ed assistito da un collega.

Ritornando intanto a casa e ripensando alla iliade dei patimenti ed alle condizioni attuali del mio infermo, m'era soccorsa alla mente l'idea di provvedere efficacemente non solo all'infiltrazione urinosa, ma eziandio al restringimento uretrale ed alle fistole uretro-perineali, ed aveva progettato di aprire nella prossima seduta il perineo fino all'uretra, e provvedere in seguito al ripristinamento del corso normale dell'orina in quell'epoca e in quel modo che lo stato della stenosi uretrale m'avrebbe suggerito. Non prevedevo in quel momento che le alterazioni profonde orditesì nella tessitura del perineo durante quindici anni di sofferenze mi avrebbero fatto passare di sorpresa in sorpresa e resa ardua l'attuazione del mio divisamento. Il dì seguente comunicai all'ottimo amico e collega dott. D a n e s y il caso occorsomi, invitandolo a volermi assistere e coadiuvare in cotesta emergenza. Convenimmo nel pomeriggio presso l'infermo, accompagnati pure dal chirurgo minore del nostro ospedale signor D a v i d, al quale intendevamo affidare la narcosi cloroformica, e constatammo che le condizioni generali del malato erano migliorate, che la febbre era meno intensa, che il volume dello scroto era diminuito, che l'infiltrazione urinosa s'era in gran parte dileguata dalle parti invase, ma che dall'incisione perineale e dal foro fistoloso retroscrotale continuavano a gemere in abbondanza pus e orina.

Tastai con finissima minugia il condotto uretrale e riscontrai una coartazione facilmente superabile a poca distanza dal meato, un'altra dura, resistente ed insormontabile a 13 centimetri circa dal meato, vale a dire in corrispondenza della regione bulbosa o bulbo-membranosa.

Fatto adagiare l'infermo attraverso il suo letto col bacino elevato e mantenuto in sito da una tavola fatta passare sotto le lenzuola, le coscie divaricate e flesse, le gambe flesse e sostenute da due aiuti, non appena lo vidi immerso nel sonno cloroformico, introdussi nell'uretra una sonda cilindrica di mezzo calibro, che superando il primo ostacolo venne ad urtare contro il secondo e l'affidai al dottore D a n e s y perchè coll'apice di essa ben fisso contro il restringimento mi servisse di guida alla ricerca dell'uretra dopo la sezione perineale. Fatto sollevare lo scroto da un aiuto, col pollice e l'indice della mano sinistra stirai la cute ai due lati

del rafe perineale e praticai con un bistorì convesso sulla linea mediana un'incisione che partendo dalla fistola retroscrotale terminò ad un centimetro e mezzo all'incirca dall'ano: allontanandomi allora a poco a poco dallo scroto per evitare la lesione del bulbo, affondai il bistorì traverso un tessuto indurato, deformato e stridente sotto il taglio come se avesse subito la degenerazione scirroso, ed incontrai una cavità che lasciò tosto scolare dall'incisione molto pus e poca orina. Ritirato il bistorì, esplorai coll'indice sinistro traverso la breccia perineale e trovai in fondo ad essa una cavità anfrattuosa, sulla parete sinistra della quale, un po' discosto dalla linea mediana, sentii verso la regione bulbosa un cordone duro, lungo e contorto che dal becco della sonda avvertito, a poca distanza riconobbi per l'uretra indurata e coartata. La porzione posteriore dell'uretra membranosa era dilatata, e presentava sul fianco sinistro un ampio crepaccio: verso il bulbo il canale era duro, resistente e ristretto per modo che per quanto io abbia tentato di farvi penetrare uno specillo per andar all'incontro della sonda non vi potei riuscire: mi risolvetti pertanto di praticare l'uretrotomia esterna senza conduttore e sezionai col bistorì, guidandolo col dito come meglio ho potuto, l'uretra ristretta finchè posi allo scoperto il becco della sonda. Ritirata questa, lavai accuratamente con soluzione fenicata la breccia perineale spingendo il getto del liquido nella cavità dell'ascesso periuretrale per vedere di porre allo scoperto l'orifizio dell'uretra posteriore al crepaccio ed introdurvi una grossa sonda da lasciarvi a dimora, ma il continuo gemizio di sangue e di pus rese vane le mie indagini e m'indusse a rimandare ad altro giorno il collocamento della sonda elastica in vescica. Ordinai una pozione con chinina e laudano da consumarsi nella sera, e raccomandai ai parenti di lavare di quando in quando la breccia perineale con soluzione fenicata. Il mattino seguente (28 gennaio) trovai il malato in condizioni soddisfacenti: avea dormito brevi ma ripetuti sonni nella notte, orinato copiosamente e con poco dolore dalla ferita perineale, e sentiti leggeri brividi ad intervalli irregolari. Trovai la febbre poco elevata (temperatura $38^{\circ} \frac{3}{4}$, polso 92) in quel giorno e nel successivo. Nel pomeriggio del terzo giorno essendo ritornato a vederlo, accompagnato dal signor David, trovai notevolmente scemata la febbre e rilevate le forze, talchè credetti non dover differire ulteriormente l'introduzione d'una sonda elastica in vescica per mantenere all'uretra che si andava riparando un'ampiezza normale. Introdussi pel meato una sonda molle n. 12 della scala Charrière, che procedette agevolmente lungo la porzione spongiosa dell'uretra, ma fu improvvisamente arrestata alla regione bulbosa da una briglia ch'era rimasta intatta dalla sezione del re-

stringimento: tentai rimuovere quest'ostacolo facendo scorrere nel vano di una tenta scanalata un bistori nella direzione del bulbo e ne vidi tosto uscire un getto di sangue rutilante che mi costrinse a desistere da ulteriori tentativi e cedette a stento all'iniezione di una soluzione di percloruro di ferro ed all'applicazione di filaccie inzuppate nell'acqua ghiacciata: avea evidentemente scalfita l'arteria bulbosa od un ramo di essa.

Verso sera l'emorragia si ripeté a getto minimo ma continuato dalla breccia perineale e dal meato urinario; chiamato in fretta dai parenti, la frenai agevolmente con applicazioni ghiacciate alla regione pubica, e con una piccola spugna imbevuta di soluzione di percloruro di ferro lasciata per alcuni istanti sull'incisione dell'uretra bulbosa. Dovetti pertanto rinunciare per siffatto inconveniente ad ogni tentativo di cateterismo per alcuni giorni, giacchè ad ogni prova l'emorragia si ripeteva. Le forze del malato si erano intanto indebolite, lo stato morale depresso, la febbre riaccesa. Inquieto soprattutto pei nuovi ostacoli che il processo di cicatrizzazione dell'uretra avrebbe frapposto al cateterismo, mi determinai a porre un termine ad uno stato di cose penoso pel malato e per me, e poichè la salute del dottore D a n e s y non poteva permettergli di allontanarsi da Pinerolo, invitai l'egregio collega ed amico dott. N o v a r o, primo assistente alla clinica operativa dell'Ospedale di San Giovanni, ad intervenire per agevolarmi il non facile còmpito. Il giorno del suo arrivo (12 febbraio) era mio ospite il dottore C a s t a g n a di Fenestrelle, che ci accompagnò a casa del malato per coadiuvarci. Il dottore N o v a r o, ampliata la breccia perineale che già s'era ristretta, potè constatare quanto poco spazio concedessero a qualsiasi manovra le pareti dell'apertura rigide ed inspessite dalle fistole ed ascessi, e come si potesse far poco calcolo sulle nozioni anatomiche per raccapezzarsi in quella cavità informe e fra i guasti prodotti dall'infiltrazione urinosa. Potè pertanto incidere la briglia che aveva impedito l'avanzamento della sonda e far cessare l'emorragia che s'era poco prima ripetuta: ma mentre esplorava coll'indice sinistro lo stato dell'uretra spaccata, incontrò una ristretta apertura, traverso la quale potè introdurre senza sforzo il dito in una saccoccia che gli parve la vescica urinaria. E la sensazione provata dal dito era infatti così conforme a quella che dà l'esplorazione delle pareti vescicali, che il dottore C a s t a g n a ed io, dopo accurato esame, convenimmo di pieno accordo che si era entrati in vescica per un'apertura praticata accidentalmente traverso l'uretra prostatica ed il collo vescicale: quantunque fosse paruto a tutti e tre che la situazione della saccoccia non corrispondesse esattamente alla posizione anatomica normale della urocisti.

Il dottor Novaro introdusse pel meato una sonda elastica n. 12, e afferratone l'apice traverso la breccia perineale lo guidò nella cavità testè scoperta, donde vedemmo uscire una miscela di pus e di orina. Fissata la sonda in permanenza, facemmo ritorno a Pinerolo e a sera il dottore Novaro partì per Torino. L'indomani di buon mattino il malato ebbe ad annunziarmi che la notte era stata discreta, che gli erano sorvenuti alcuni brividi ad intervalli irregolari, che aveva orinato volontariamente ma per intero dalla ferita perineale, e che negli sforzi della mizione aveva espulso poche gocce di pus dall'orificio della sonda. La permanenza della sonda gli era riuscita incomoda e un po' dolorosa alla regione soprapubica. Estratta la sonda la trovai rotta nel punto che corrispondeva alla sinfisi pubica, ed a siffatto inconveniente attribuii l'impedito deflusso d'urina pel vano dello strumento: ne riposi un'altra più flessibile, ed anco questa si ruppe allo stesso livello nell'atto del collocamento, ciò che mi provò ad evidenza che l'angolo di curvatura fatto descrivere alla sonda era stato troppo acuto e non in rapporto col tragitto che avrebbe dovuto percorrere per entrare in vescica. Per rimuovere ogni dubbio sulla natura della saccoccia v'introdussi una terza sonda facendola passare per la ferita perineale onde evitare l'angolo di flessione, e invitai l'infermo ad orinare; l'urina uscì per intero dalla apertura perineale, e dal lume della sonda gemettero soltanto alcune gocce di pus. Fui allora convinto che si era entrati in una saccoccia anormale formatasi al davanti della vescica e tra essa e il pube in quello spazio ripieno di tessuto cellulo-grassoso che ha per confini anteriormente la sinfisi pubica e la porzione inferiore dei muscoli addominali e della linea alba, posteriormente ed inferiormente la parete anteriore della vescica urinaria e superiormente quel lembo di peritoneo che dalla parete anteriore e superiore della urocisti va ad attaccarsi alla superficie interna dei muscoli addominali. Da questa cavità formata manifestamente dai progressi dell'infiltrazione urinosa passati inosservati in questa regione era uscito quel pus che colava dalla breccia perineale sotto gli sforzi della mizione quando succedea la contrazione dei muscoli addominali: in essa aveva potuto soggiornare il becco d'una sonda molle di discreto calibro senza provocare gravi disturbi al malato, tranne la incomoda sensazione d'un corpo straniero dietro la sinfisi pubica.

Accintomi allora alla ricerca dell'orificio anteriore dell'uretra membranosa, non tardai a scoprirlo ed introdurvi l'apice d'una tenta scanalata, sulla guida della quale potei fare entrare in vescica una grossa sonda molle, n. 15, ch'io vi lasciai in permanenza, rinnovandola senza difficoltà ogni cinque o sei giorni. L'infermo la tollerò con un po' di

riluttanza nei primi due giorni senza risentirne pertanto alcun danno e vi si acconciò di buon grado nei successivi: i fori fistolosi lasciarono gemere per qualche giorno alcune gocce d'urina commista a pus e poi si rinchiusero completamente. Per tre giorni continuò a colare, nell'atto del mingere, dalla ferita perineale quel po' d'urina che filtrava per legge di capillarità fra la parete uretrale e la sonda, ma al quarto giorno questo stillicidio cessò, e vi perdurò solo per lungo tempo un gemizio irregolare di pus che partiva probabilmente dalla saccoccia retropubica e dalle pareti dell'ascesso periuretrale. La tolleranza dimostrata dall'infermo per la permanenza della sonda non mi costrinse a sostituirvi i ripetuti cateterismi, come consiglia il Thompson; la distanza da Pinerolo alla casa del malato m'avrebbe reso molto malagevole codesto compito, e durante il periodo di riparazione dell'uretra e del perineo non avrei potuto affidare al malato sì delicato incarico. Al consiglio del Thompson ottemperai più tardi quando sentii rifatta la parete inferiore dell'uretra membranosa: nei primi giorni di aprile esercitai il malato al maneggio della sonda ch'egli introdusse quotidianamente in vescica fino a completa chiusura della ferita perineale, e continuò in seguito a far passare due volte per settimana allo scopo di mantenere inalterata l'ampiezza del canale uretrale. Le condizioni generali migliorarono di pari passo colle lesioni locali, e negli ultimi giorni di aprile il mio convalescente potè venire a Pinerolo.

Passando ora a qualche considerazione sulla fattispecie di cui mi sono finora occupato, potrebbe taluno domandarmi se era proprio indispensabile esporre il mio malato ai rischi di una operazione gravissima quale è l'uretrotomia esterna senza guida, e se non si sarebbe potuto ottenere lo stesso risultato per altra via più lunga ma meno pericolosa.

M'affretto a dichiarare che quando m'accinsi all'impresa di guarire e guarire per bene il mio malato, era pienamente consapevole della grave responsabilità che io mi sarei assunto, ed avea accuratamente vagliati gli argomenti addotti in tutti i tempi e dalle varie scuole pro e contro quell'operazione, che la scuola di Desault, Boyer e Dupuytren avversò come inutile e pericolosa, che il Liston disse « una delle più difficili di tutte le operazioni chirurgiche », che il Trélat « considera a buon diritto quale una delle operazioni più difficili, una di quelle per le quali il chirurgo è spesso costretto ad obbedire ad indicazioni speciali anzichè a regole fisse », che sir Brodie consiglia solo « come estrema risorsa quando riesce impossibile sormontare il restringimento con altro mezzo », che il Thompson infine « riguarda per lo meno come un ri-

medio pericoloso » (1). Non potevo quindi illudermi sulle difficoltà che avrei incontrate nè sui disinganni che potevano anche in questa emergenza amareggiare i primordi della mia carriera chirurgica.

Ma convinto che quest'uomo appena libero dall'infiltrazione urinosa avrebbe affrontate una seconda volta le noie delle antiche fistole e di quella aggiuntagli artificialmente colla sezione perineale, e corsa la probabilità d'una nuova infiltrazione piuttostochè sottomettersi ad una graduale dilatazione del restringimento che avrebbe interrotto per troppo tempo l'esercizio del suo mestiere, non esitai ad adottare quel partito che, a mio avviso, soddisfaceva meglio all'interesse del malato ed alla coscienza del chirurgo, il quale non dee acconciarsi ai palliativi quando può conseguire risultati radicali e duraturi.

Questo per la parte morale della mia giustificazione: sotto l'aspetto scientifico, per quanto io possa essere sospettato d'indulgenza verso me stesso, non esito a dichiarare che, rinnovandosi circostanze e condizioni identiche o analoghe a quelle riscontrate nel caso sovradescritto, io ripeterei la stessa operazione, modificandone solo alcuni particolari di tempo e di procedimento. E ne dirò le ragioni.

Due grandi chirurghi francesi, il Sedillot ed il Boeckel di Strasburgo, ed uno americano, il Gouley di New-York (2), hanno rimesso in onore la pratica dell'uretrotomia esterna, ed il Boeckel la consiglia anche nei casi di stenosi sormontabili ma complicate da fistole. In questo v'era un restringimento lungo, calloso, durissimo e contorto che non avevo potuto traversare con una finissima minugia dal lato anteriore e con uno specillo dal crepaccio uretrale; coesistevano quattro fistole uretro-perineali gravi, per la cui guarigione occorreva ristabilire al più presto il calibro normale dell'uretra, e collocarvi una grossa sonda a dimora o ripetervi il cateterismo per deviare l'urine dal loro tragitto: era inoltre richiesta dall'infiltrazione urinosa una larga apertura del perineo che avrebbe messo allo scoperto il restringimento uretrale. In tali condizioni preferii ricorrere a quel partito che mi permetteva di riparare ad un tempo all'infiltrazione urinosa, alla stenosi uretrale ed alle fistole, anzichè espormi al rischio di dover più tardi, dopo inani tentativi di cate-

(1) THOMPSON, *Traité pratique des maladies des voies urinaires et leçons cliniques*; traduites et annotées par les docteurs Hue et Gignoux, 1874. — LISTON, *Practical surgery*, 4^e édit.

(2) SEDILLOT et LEGUEST, *Médecine opératoire*, 1870. — BOECKEL, *De l'urethrotomie externe dans les rétrécissements graves ou compliqués*. Strasbourg, 1868.

terismo, far subire al mio malato la stessa operazione a breccia perineale già chiusa o notevolmente ristretta.

A chi mi obbiettasce che il Thompson ritiene sormontabile col caterismo qualsiasi restringimento per quanto grave, potrei rispondere che la questione della superabilità o meno d'una stenosi uretrale si riduce pel Thompson a questione di abilità nel maneggio della sonda, ed in tal caso non mi si potrebbe far rimprovero che d'un modesto ma adeguato apprezzamento della mia: ma mi basti il ricordare che anche il Syme ed il Liston aveano dichiarato un dì di poter sempre colla pazienza e perseveranza introdurre in vescica un catetere attraverso qualsiasi restringimento; eppure il Liston negli ultimi anni della sua vita, come narra il suo assistente Cadge (1), dovette più volte ricorrere alla uretrotomia esterna traverso il restringimento dopo vani tentativi di caterismo, e lo stesso incontrò per tre volte al Syme, come ebbe a confessare più tardi egli medesimo. Per ovviare a quegli inconvenienti in cui incappai in questo caso, quali la difficoltà di trovar l'orificio dell'uretra posteriore al crepaccio e l'emorragia, vedrei altra volta di incidere il restringimento e collocare la sonda in vescica in una sola seduta, valendomi all'uopo del mezzo praticato dall'Avery, che faceva passare un ansa di filo traverso ciascun labbro dell'incisione dell'uretra, comprendendovi la mucosa presso il restringimento, onde poter dilatar l'apertura senza far uso delle dita nè di uncini che tolgono luce e spazio alla manovra degli strumenti. Quanto all'errore in cui caddi di conserva coi colleghi Novaro e Castagna, scambiando una saccoccia accidentale retro-pubica per la vescica, mi gioverà rammentare che se potè avvenire ad un chirurgo inglese valentissimo, come narra il Thompson (e di questi casi se ne contano parecchi), di perforare l'uretra membranosa e collocare una sonda tra il pube e la vescica in uno spazio intatto, non dee far meraviglia se l'abilità chirurgica indiscutibile del dottor Novaro gli abbia permesso di seguire la stessa via, addentrandosi però in una cavità già preformata dall'infiltrazione urinosa e con caratteri molto somiglianti a quelli della vescica urinaria. Lo sbaglio del chirurgo inglese costò la vita al suo malato: il nostro ebbe per risultato di svuotare l'anormale saccoccia del pus e dell'urina che ancora contenea, e di ritardare di due soli giorni il collocamento d'una grossa sonda in vescica.

Oggidì il mio operato è in ottime condizioni di salute, compie egregiamente le sue funzioni genitali ed orinarie, e non gli duole certamente d'essersi liberato dagli antichi e dai recenti incomodi mercè una rischiosa operazione.

(1) *Medical Times*, 1850.

Mi sono molto diffuso nella esposizione di questo caso chirurgico, ma opino che l'abbondanza dei particolari non sia soverchia in una questione cotanto controversa qual'è quella dell'uretrotomia esterna senza conduttore, la cui statistica ha tuttora d'uopo di essere arricchita per diventare concludente. Termino pertanto ricordando col Thompson, che, « per quanto concerne la cura dei restringimenti uretrali, la lettura dei fatti scelti non giova a stabilire la superiorità d'un metodo sugli altri, ed il sistema che nelle mani d'un chirurgo dà buoni risultati, può fallire in quelle d'un altro che può ottenere gli stessi risultati per altra via. »

CHIRURGIA.

II.

Calcolo vescicale voluminoso. — Cistotomia perineale seguita da cistotomia ipogastrica. — Morte. — Autossia.

V'ha un fatto notevole, ammesso di pieno accordo da tutti i pratici nella storia dei grossi calcoli, ed è la difficoltà di constatare in certi casi la loro presenza col cateterismo, o di poterne stabilire talvolta neanche approssimativamente le dimensioni.

Il Crichton racconta che accintosi ad operare un calcoloso in cui si erano riscontrati sintomi funzionali marcatissimi, e sintomi statici alquanto oscuri, uno dei chirurghi assistenti credette doversi ritirare per non assumersi la responsabilità d'un'operazione fatta in tali condizioni: dalla vescica del malato venne pertanto estratto un calcolo del peso di 180 grammi. Altro fatto quasi identico avvenne più tardi allo stesso Crichton, e fatti analoghi si leggono in quasi tutti i trattati di chirurgia operativa. Nel caso clinico che sto per narrare si ha per l'appunto una nuova conferma delle difficoltà che circondano talora la diagnosi dei calcoli voluminosi relativamente alla loro forma e grossezza, anche quando sulla loro presenza non si ha più alcun dubbio.

Il 19 marzo 1879 veniva ricoverato nell'Ospedale civile di Pinerolo, per sofferenze uretro-vescicali, F. A., muratore, d'anni 58, di tempra linfatica e di costituzione mediocre, ma oltremodo affralito da gravi e diuturni patimenti. Fin dal 1865 cominciò a soffrire di disturbi vescicali che lo costrinsero ad abbandonare l'esercizio del suo mestiere ed a ricorrere ai soccorsi dell'arte sanitaria, che furono rivolti sempre alla cura di un semplice catarro vescicale. Poco a poco si fecero manifesti i sintomi caratteristici d'un'affezione calcolosa: prurito all'estremo anteriore

dell'uretra, dolori vivi e continui alla regione vescicale, mizione frequente ed interrotta, urine torbide con copiose mucosità d'un grigio sporco e di odore fetente. Nei mesi di gennaio e febbraio del corrente anno le sue sofferenze si aggravarono in modo straordinario, propagandosi agli ipocondrii, alla regione dei reni e degli ureteri, allo scroto e persino agli arti inferiori: sotto gli sforzi della mizione espulse un giorno un piccolo calcolo dal meato urinario, e fu allora accolto nel nostro ospedale.

Il mio amico e collega dott. Massel, chirurgo ordinario dell'Ospedale, esplorava la vescica col catetere metallico e avvertiva in essa la presenza, d'un calcolo contro cui la sonda urtava colla curvatura esterna appena varcato lo sfintere vescicale senza pertanto poterlo smuovere, e dagli indizi statici raccolti in quell'esame ed in altri consecutivi, credette poter dedurre che il volume della pietra fosse a un dipresso uguale a quello del calcoletto espulso dall'uretra poco tempo innanzi. Provvide intanto alle sofferenze del malato coll'uso continuato di pozioni calmanti e di bevande alcaline.

Al 1° luglio il dottor Danesy assumeva il suo turno di servizio semestrale per la sezione chirurgica, e io quello per la sezione medica: visitammo insieme il calcoloso e tentammo di far penetrare in vescica la sonda metallica, ma questa fu trattenuta alla regione prostatica da un corpicciuolo duro, angoloso e così saldo nella sua posizione da resistere alle spinte ripetute e gagliarde del catetere ed impedirne assolutamente l'avanzamento: giudicammo trattarsi del piccolo calcolo che il dottor Massel avea sentito in vescica e che ora avanzandosi fino all'uretra prostatica vi si sarebbe incastonato.

I patimenti del malato si andavano ogni dì facendo più gravi: il poveretto era costretto a scendere ad ogni momento dal letto e assumere le posizioni più strane per emettere qualche goccia d'urina mucosa, filante e d'odore fortemente ammoniacale: i sintomi denotavano manifestamente che l'infiammazione si era dalla vescica diffusa già agli ureteri ed ai reni; ma la lesione renale avea ella già potuto aggravarsi tanto da controindicare un'operazione cruenta che avrebbe rapidamente sbarazzata la vescica dal corpo straniero che vi era incluso? Ecco la domanda che ci siam fatta a più riprese il dottor Danesy ed io, rimanendo intanto perplessi per alcun tempo e limitandoci a sollevare le sofferenze del malato e a migliorarne le condizioni generali. Il mio collega dovette, per ragioni di salute, abbandonare Pinerolo in quel frattempo ed affidò a me, per la durata della sua lontananza, anche il comparto chirurgico, consigliandomi, relativamente alle indicazioni da seguire pel calcoloso, di pigliar norma dallo stato delle sue forze.

Sotto l'influsso d'una buona nutrizione e di eccitanti convenientemente amministrati, le condizioni generali del malato parvero accennare in pochi giorni ad un discreto miglioramento, tale da farmi sperare di poter addivenire ad un'operazione cruenta con probabilità di buon successo.

Impensierito nonpertanto, per lo stato delle lesioni renali, domandai d'un consiglio il dottor Massel, che avuto riguardo al presunto volume del calcolo fu meco d'avviso non dover essere così gravi da sconsigliare in modo assoluto la cistotomia, tuttochè un'accurata esplorazione rettale fatta coll'indice spinto fin contro la prostata anormalmente ingrossata, m'avesse fatto sospettare il giorno innanzi che il calcolo avesse un volume un po' maggiore di quello supposto, ed occupasse ad un tempo la vescica e l'uretra prostatica. Il breve lasso di tempo trascorso dall'epoca in cui il dott. Massel avea potuto far penetrare in vescica la sonda metallica e sentirvi distintamente il calcolo, ci autorizzava ad escludere fra le complicate dell'affezione vescicale quello sfiancamento meccanico degli ureteri e dei reni, che rende inutili anzi dannose le cistotomie anche felicemente riuscite, perchè siffatta condizione dell'apparato uropoietico accompagna sempre i calcoli molto voluminosi; ci risolvemmo quindi ad operare il nostro malato l'indomani (11 luglio), adottando la cistotomia perineale mediana, siccome quella che, arrecando minori lesioni al perineo, pareva nondimeno dover essere sufficiente all'estrazione del calcolo diagnosticato.

Il mattino seguente, coadiuvato dai colleghi dott. Gaja e dott. Massel, il primo dei quali si assunse l'incarico della narcosi cloroformica ed il secondo il maneggio della sonda scanalata nell'uretra, feci adagiare il malato sovra un letto acconciamente preparato con fondo duro e resistente, affidando il sostegno degli arti inferiori a due infermieri cui raccomandai di tener ben fisse le cosce ed i piedi.

Introdotta nel retto l'indice della mano sinistra, colla superficie palmare rivolta in alto contro l'apice della prostata perchè servisse ad un tempo di guida allo stromento e di protezione all'intestino, praticai con un bisturi lungo e stretto un'incisione perineale mediana dallo scroto fino alla distanza di 12 a 13 mm. dall'ano, e approfondai grado grado il coltello traverso gli strati perineali fino alla scanalatura della sonda perforando l'uretra membranosa. — Sotto l'azione rilassante dell'anestetico la sonda metallica scorrendo sul calcolo potè in quel momento varcare lo sfintere vescicale e penetrare in vescica, e potei così più facilmente, sulla guida dell'indice sinistro poggiato coll'unghia sulla scanalatura del siringone, far penetrare il coltello in vescica, ed estraendolo poscia, incidere di dentro in fuori il collo vescicale, la prostata e la

porzione membranosa dell'uretra. Introdotto allora in vescica il dito ed estratta la sonda scanalata, dovetti constatare non senza meraviglia, ed annunziare ai miei colleghi che ci trovavamo di fronte ad un calcolo molto voluminoso che riempiva la cavità vescicale e mandava un prolungamento nell'uretra prostatica. Nonostante il consiglio dato la sera innanzi al malato di non orinare prima dell'operazione, trovai la vescica priva di orina e le sue pareti strettamente addossate alla pietra.

Non m'accinsi all'estrazione del calcolo traverso l'incisione mediana praticata, poichè ero convinto di non potervi riuscire senza produrre gravissimi contusioni e lacerazioni, e m'adoperai tosto ad aprirgli più ampio passaggio praticando a sinistra un' incisione trasversale supplementare, come nella cistotomia lateralizzata, per mezzo d'un bistorì retto bottonato condotto in vescica sull'indice sinistro. Potei così introdurre facilmente traverso la breccia una tanaglia di medio calibro ed afferrare il calcolo nella porzione anteriore; ma per quanti sforzi di trazione io abbia fatti non riuscii a smuoverlo dalla strettura delle pareti vescicali e delle ossa del bacino entro cui pareva incuneato, a guisa d'una testa fetale nella pelvi materna. Injettai acqua tepida in vescica, feci rinnovare l'anestesia e ripetei a più riprese poderosi conati di trazione, ma indarno: il calcolo si sgretolava alla superficie e la tanaglia sdrucchiolava sulla porzione intaccata lasciando presa. Non avendo nell'ospedale tanaglie di grosso calibro nè litotritori, e vedendo il malato oltremodo stanco, determinammo sospendere per un po' di tempo ogni tentativo ed amministrare al paziente una pozione cordiale, applicandogli intanto una vescica ghiacciata sull'ipogastrio. Verso sera eravamo provvisti di tanaglie di varia grossezza e d'un litotritore: ma a quest'ultimo dovemmo rinunciare, perchè la vescica spasmodicamente contratta sulla pietra, nonostante le iniezioni ripetute d'acqua tepida in vescica e l'anestesia prolungata, avrebbe impedita qualsiasi manovra di siffatto stromento. — Ripetei nuovi tentativi di estrazione con grosse tanaglie, coadiuvato e surrogato a più riprese dal dottore Massel e sempre senza risultato, laonde dovemmo persuaderci che lo stato della vescica e le condizioni delle ossa pelviche si opponevano in modo assoluto al passaggio del calcolo intero traverso la breccia perineale; e indicavano come unica risorsa estrema la *cistotomia ipogastrica*.

Oramai non potevamo farci illusioni sull'esito della nuova operazione che stavamo per intraprendere in condizioni cotanto disastrose: l'infermo era esausto di forze e doveva nondimeno sopportare una nuova gravissima operazione senza il beneficio dell'anestesia, che ci pareva imprudenza il ritentare; ed era d'altronde inevitabile l'apertura della cavità peritoneale

perchè l'incisione alla parete anteriore della vescica impicciolita e re-tratta sul calcolo non avrebbe bastato a dargli passaggio.

M'accinsi nullameno all'incisione sovrapubica, guidandomi nella ricerca della vescica sullo scarso indizio fornitomi da un catetere metallico introdotto a stento e spinto verso la parete addominale, e praticai un'apertura lunga otto centimetri sulla linea mediana, arrivando rapidamente alla linea alba, che sezionai fino al margine della sinfisi pubica. Posta così allo scoperto la vescica, sollevai il lembo di peritoneo che la ricopre nella parte superiore, spaccai d'alto in basso la parete vescicale anteriore fin presso il collo, e coll'indice della mano sinistra foggiai ad uncino afferrai la vescica per tirarla in alto: non vi riuscii. Convinto che l'apertura praticata era affatto insufficiente al passaggio del calcolo, giacchè non permetteva neppure l'introduzione d'una tanaglia di medio calibro, la ingrandii prolungandola in alto e lateralmente a sinistra nella porzione normalmente ricoperta dal peritoneo, la cui cavità non potè perciò essere rispettata. Potei allora colla curette, introdotta in vescica e adoperata come leva, smuovere il calcolo dalla posizione fissa in cui si era fino allora mantenuto, farlo rotare sopra un suo asse trasversale e, afferrandolo colla tanaglia, estrarlo dalla cavità vescicale.

La forma era lenticolare leggermente oblunga; la lunghezza del maggior diametro della sezione orizzontale era di 7 1/2 cent.; lo spessore di 5 cent.; il peso di grammi 200. La corteccia era stata sgretolata per breve tratto e lasciava scorgere il nucleo durissimo intorno al quale si era deposta in strati molteplici e concentrici.

Per mezzo di due punti di sutura all'estremo superiore della ferita addominale, ovviai alla fuoruscita delle anse intestinali, e feci collocare il malato nel suo letto cogli arti inferiori in semiflessione e leggera rotazione in fuori. L'estrema spossatezza in cui si trovava al termine dell'operazione ci faceva temere che avrebbe soccombuto nella notte alle conseguenze d'un traumatismo così grave e protratto cotanto a lungo; raccomandammo pertanto agli infermieri di somministrargli buoni brodi, vino generoso e dosi ripetute d'una pozione cordiale, nonchè la permanenza d'una vescica di ghiaccio sulla regione ipogastrica. Il mattino seguente rividi per contro il malato in uno stato abbastanza soddisfacente: aveva dormito sonni brevi, ma tranquilli, accusava leggieri dolori alla regione vescicale ed aumentata sensibilità delle pareti addominali, ma si dichiarava calmo e fiducioso. La temperatura era di 37° 1/2; le pulsazioni 96. Verso sera i dolori addominali si erano fatti più vivi ed erano insorti alcuni sforzi di vomito; ordinai una soluzione di bromidrato di chinina con estratto tebaico e bevande ghiacciate.

Non istarò a fare una descrizione particolareggiata della fenomenologia presentata dal malato nei quindici giorni vissuti dopo l'operazione: fu una lunga alternativa di timori e di speranze fattemi concepire dal suo stato ordinariamente calmo, fin troppo calmo, interrotto di quando in quando da leggeri dolori addominali e negli ultimi giorni da vomiti ostinati e da singhiozzi penosi che scemavano d'intensità il mattino per ricominciare nel pomeriggio, mantenendosi ribelli a tutti i mezzi usati per ovviarvi. Nei primi giorni le forze parvero risentire il benefico influsso d'un regime ricostituente coadiuvato da leggeri eccitanti e nessun indizio di lesione locale insorse a turbare la monotonia delle condizioni dell'infermo: il termometro non segnò mai più di $37^{\circ} 1/2$ e il polso si mantenne quasi sempre in uno stato normale; ma in seguito si andò pronunziando e aumentando ogni giorno una notevole prostrazione di forze, che arrivò rapidamente al collasso, nonostante gli sforzi adoperati per impedirlo, comprese le iniezioni ipodermiche di etere solforico, che parevano rianimare il malato per un istante, lasciandolo tosto ricadere nel suo stato di estremo esaurimento.

Al tredicesimo giorno il polso era piccolo e filiforme, la fisionomia ippocratica, la lingua arida, la voce spenta.

Nel pomeriggio del quindicesimo giorno ebbe luogo l'esito letale.

All'autopsia incontrammo le anse dell'intestino tenue aderenti alle pareti addominali lungo il decorso dell'apertura: non v'era traccia di cicatrizzazione alle incisioni vescicali, e quella corrispondente al taglio ipogastrico era beante e coi margini gangrenosi. Gli ureteri erano molto dilatati, ed i reni voluminosi e sfiancati contenevano nel bacinetto una considerevole quantità di pus commisto a urina.

La presenza del calcolo nella vescica del nostro malato era quindi complicata da nefrite suppurata con dilatazione meccanica degli ureteri e dei reni, condizioni codeste siffattamente gravi da rendere affatto infruttuosa un'operazione cruenta diretta all'estrazione del calcolo, per quanto felicemente riuscita. Ma era egli possibile fare una diagnosi certa di siffatte lesioni? Le opinioni degli autori non sono concordi su questo argomento: alcuni grandi clinici francesi, dopo la morte di Napoleone III, che diè luogo a vivissime discussioni, dichiararono che la percussione e la palpazione possono fornire elementi validi e sufficienti alla diagnosi di tali lesioni renali: il Thompson, in una lezione fatta in epoca posteriore all'operazione praticata sull'ex-imperatore dei Francesi, afferma con certezza « che noi non possediamo ancora i mezzi per diagnosticare con un po' di sicurezza la pielite accompagnata da distensione meccanica dei reni e degli ureteri. »

CHIRURGIA.

III.

Ernia crurale strozzata. — Erniotomia. — Guarigione.

Nel pomeriggio del 6 giugno 1879, richiesto premurosamente nelle vicinanze di Frossasco per coadiuvare l'amico e collega dott. E. Riva in un caso di ernia strozzata, accorsi prontamente e trovai al letto dell'inferma il mio collega che me ne narrò per sommi capi la storia anamnesticamente recente ed i mezzi posti in opera da lui e dal dott. Gaja di Pinerolo per ovviare a quest'ultimo accidente, e sempre senza ottenerne verun risultato.

Trattavasi d'una robusta contadina d'anni 33, figlia di genitori sani e robusti, senza antecedenti morbosità di rilievo, ma logora da abitudini di vita laboriose ed oltremodo faticose, mal confortate da un vitto grossolano, nonchè da sei gravidanze succedutesi a brevi intervalli. Quattro anni innanzi, in circostanza ch'ella non sa ben determinare, s'accorse della presenza d'un tumoretto alla piegatura della coscia sinistra, del volume d'una piccola noce, cedevole ed indolente, ch'ella comprimeva di quando in quando senza risentirne dolore e senza poterlo far rientrare nel cavo addominale. Due anni or sono, mentre si adoperava a sollevare dal suolo un sacco di frumento, sentì il tumoretto aumentare di volume e farsi teso, e diffondersi lungo l'arto inferiore sinistro un senso di stanchezza e di peso affatto insolito: d'allora in poi insorsero ad intervalli irregolari dolori addominali, che si dileguarono in breve tempo senza l'aiuto di alcun rimedio, per modo che la malata poté traversare il periodo dell'ultima gravidanza senza risentire dall'ernia gravi incomodi.

Il 3 giugno del corrente anno, un'ora circa dopo pranzo, recatasi a sporgere fieno sopra un carro, fu repentinamente incolta da fortissimi dolori di ventre, cui si associarono in breve nausea e vomiti violenti ed

ostinati, senza che pertanto il tumore erniario le cagionasse alcun dolore: laonde, ritenendo essa trattarsi di mera indigestione o d'un disturbo nervoso passeggero, ricorse soltanto alla farmacia per una mistura amara purgante. Avendo però i vomiti continuato tutta la notte, prima di sole materie alimentari, poi mucosi e verso mattino biliosi, e cominciando il ventre a farsi in quell'ora teso e meteorizzato senza il beneficio di alcuna scarica alvina dal purgante preso, l'ammalata fece nel dì seguente cercare a Frossasco il dott. Riva, che dai sintomi funzionali e dall'esame del tumore che già s'era fatto doloroso spontaneamente e soprattutto alla pressione, non tardò a diagnosticare un'ernia crurale sinistra strozzata. Tentò per due volte, ma infruttuosamente, la riduzione incruenta, coadiuvandola acconciamente con rimedi interni ed applicazioni esterne; la ritentò dopo di lui a due riprese e del pari senza risultamento il dott. Gaja, accorso il giorno appresso da Pinerolo, il quale non credette dover insistere ulteriormente nei tentativi di taxis, e ripartì la sera consigliando di praticare e ripetere all'occorrenza dei clisteri purganti nell'intento di provocare le contrazioni intestinali ed ottenere per questa via la riduzione dell'ernia: anche questi tentativi andarono falliti.

Quando io giunsi nel pomeriggio del dì seguente, quarto dello strozzamento, osservai alla parte media ed un po' interna della piegatura della coscia sinistra un tumore voluminoso che rimontava al davanti dell'arcata crurale e si protendeva a foggia di cornamusa verso il lato esterno della coscia; la cute era di color rosso livido, infiammata e col tessuto cellulare sottocutaneo edematoso: il ventre era meteorizzato e dolentissimo alla più lieve pressione, specialmente in vicinanza del tumore. Perduravano le nausee e i vomiti, che dal mattino erano costituiti di materie fecaloidi, e da due ore circa era entrato in scena un singhiozzo ostinato ed importuno, cui si associavano a brevissimi intervalli coliche dolorosissime, che partendo dal tumore s'irradiavano in tutto l'addome: il polso era piccolo, debole ed intermittente, le forze esauste, lo stato morale oltremodo prostrato.

L'esplorazione del tumore per quanto incompleta, a causa delle vive sofferenze che destava, mi permise pertanto di rilevare in esso una consistenza pastosa con lobuli e noccioli duri, che mi fecero conchiudere all'esistenza d'una notevole quantità d'epiploon nell'ernia incarcerata, fatto codesto che s'incontra d'altronde per regola generale nelle ernie irreducibili per aderenze: perocchè è quasi sempre l'epiploon che, aderendo alla superficie interna del sacco, forma la parte irreducibile del tumore, mentre l'intestino può rientrare ed uscire senza notevoli ostacoli traverso l'orificio erniario.

Quando io partii da Pinerolo alla volta di Frossasco col marito dell'inferma ed udii dal suo labbro le vicende da quella incontrate nei giorni innanzi, accarezzai la speranza di poter evitare la chelotomia ricorrendo all'*enteroclismo*; ma l'esame accurato dell'ernia e le condizioni generali dell'ammalata mi convinsero tosto che nissun altro spediente, tranne la erniotomia, avrebbe fornito qualche probabilità di salvezza. Non era prudente nè opportuno il rinnovare tentativi di taxis, perocchè correva già il quarto giorno dello strozzamento, ed i fenomeni locali e generali s'eran fatti gravi ed incalzanti per modo da sconsigliarmi assolutamente una prova ch'era ripetutamente fallita nelle mani dei miei colleghi in condizioni d'assai più favorevoli, e che riuscendo m'avrebbe fatto temere d'aver ridotto un'ansa intestinale perforata o gangrenata. Non doveva d'altra parte, nella scelta del partito da prendere, preoccuparmi troppo del dubbio che il tumore ernioso non avesse a contenere un'ansa intestinale, perocchè, quantunque le manovre della taxis fatte dai miei colleghi non avessero mai fatto insorgere il gorgoglio e la sonorità che caratterizzano la presenza dell'intestino nelle ernie, questa era nonostante fatta manifesta dai sintomi funzionali che collimavano alla conferma della legge generale, che lascia sempre supporre dietro un epiplocele voluminoso la presenza d'un'ansa intestinale, cui si debbono tutti i disordini dello strozzamento.

In omaggio pertanto al precetto del Gosselin, che « un chirurgo richiesto per un'ernia strozzata deve far cessare la costrizione seduta stante », mi accinsi a praticare l'erniotomia, e coadiuvato dal dott. Riva incisi i tegumenti secondo il grand'asse del tumore traversando il tessuto cellulare sottocutaneo provvisto d'una notevole quantità di grasso, ed arrivando senza difficoltà alla superficie esterna del sacco, rivestito esso pure d'un abbondante inviluppo grassoso. Afferrato il sacco colle pinze, vi praticai *en dedolant* una piccola incisione, che ingrandii sulla guida d'una tenta scanalata facendo scaturire un fiotto copioso di liquido colorato in rosso carico e fetente per modo da lasciarmi sospettare la perforazione e fors'anco la gangrena dell'intestino. Aperto infatti il sacco per una lunghezza corrispondente all'incisione superficiale, scoprii tosto un secondo sacco perforato in un punto della sua superficie, ch'io scambiai a primo aspetto per un'ansa intestinale perforata, e mi disposi per conseguenza a munire di legatura nel punto leso e ridurre dopo averla sbrigliata. Ma i suoi caratteri meglio esaminati mi parvero così diversi da quelli d'un'ansa intestinale comune, ch'io rimasi qualche po' perplesso sul partito cui appigliarmi, e poi risolsi spinger oltre le mie indagini. Questo secondo sacco presentava infatti uno spessore considerevole, era ca-

rico di grasso, di noccioli indurati su gran parte della sua superficie libera, ed era attaccato alla parete interna del sacco peritoneale per aderenze così estese e tenaci da contrastare in modo assoluto con quelle che sogliono intercedere fra l'ansa intestinale ed il sacco nel maggior numero di casi, e *a fortiori* con quelle del caso attuale che doveano essere recenti, e quindi gelatinose o glutinose e cedevoli agli sforzi di trazione.

L'intestino d'altronde messo a nudo si riconosce a segni indubbii e presenta un aspetto caratteristico che non ha nulla di comune con quello offertomi dal sacco ch'io aveva sott'occhi, per cui ricordandomi in buon punto dell'asserzione del Duplay e Follin, « che quando nell'operazione dell'erniotomia si hanno dei dubbi sulla natura dell'organo che si ha dinanzi, si può ritenere con certezza che non si ha a fare coll'intestino », introdussi arditamente un bistorì bottonato traverso la perforazione di questo secondo sacco e lo spaccai mettendo allo scoperto una piccola ansa intestinale. Potei per tal modo scoprire che il sacco anormale era costituito dall'epiploon, che avea in questo caso assunto quella speciale disposizione segnalata per la prima volta dal Prescott Hewett, formando cioè nell'interno del sacco peritoneale un involuppo completo e chiuso da ogni parte. Questo nuovo sacco erniario aderiva per buon tratto della sua superficie al sacco sieroso ed era munito d'un vero colletto, traverso il quale s'era strozzata la piccola ansa intestinale. Questa aderiva all'involuppo epiploico in alcuni punti, ma così lassamente, che facendo scorrere il dito indice all'ingiro potei facilmente isolarla. Introdotto allora sull'apice dell'indice sinistro un bistorì bottonato, fra l'intestino ed il colletto praticai lo sbrigliamento multiplo consigliato dal Vidal, attirai fuori con molta precauzione l'ansa strozzata per esaminarne la superficie, e trovatala intatta, la respinsi dolcemente nella cavità addominale dopo averla lavata con una soluzione fenicata. Quanto all'epiploon, essendo voluminoso, aderente assai alla parete del sacco peritoneale ed alterato già nella sua struttura, mi attenni al partito consigliato dal Malgaigne di non ridurlo, persuaso che fra pochi giorni sarebbe suppurato e caduto. Fatta poscia un accurata lavatura fenicata dell'ampia ferita, il dott. Riva vi applicò sopra un batuffolo di filacce fenicate, che assicurò con un bendaggio a spica ben serrato, e fe' ricollocare la malata in posizione supina colle cosce mantenute in flessione da un traversino fatto passare sotto le ginocchia. Raccomandammo alla famiglia di mantenere in permanenza sull'ipogastrio una vescica di ghiaccio, allo scopo di prevenire la flogosi peritoneale.

Lo stato dell'inferma, affidata da quel dì alla sorveglianza accuratissima dell'amico Riva, andò progressivamente migliorando; successe nella

notte una copiosa evacuazione alvina, senza dolori addominali nè vomiti, e non si ebbe reazione febbrile di rilievo. La malata potè nutrirsi fino dai primi giorni con buoni brodi e leggiere minestre; la massa epiploica cadde in sfacelo e fu staccata a lembi pochi giorni appresso, e la ferita diligentemente ripulita e lavata con lozioni antisettiche passò rapidamente a guarigione, permettendo alla convalescente di abbandonare il letto al principio della terza settimana e riprendere le sue occupazioni.

CHIRURGIA.

IV.

Due operazioni di cateratta per estrazione a grande lembo.

Nel mese di luglio 1879, per consiglio dell'amico e collega dott. Gay Michele, che si trovava in vacanze in S. Secondo di Pinerolo, veniva a consultarmi una povera contadina dei dintorni di S. Secondo, affetta da cateratta completa all'occhio sinistro ed incipiente all'occhio destro, esterndomi il desiderio di essere liberata dalla cateratta sinistra prima che la destra fosse così avanzata da toglierle completamente il senso della vista. Era una donna sui cinquantacinque anni, di temperamento linfatico marcatissimo, di cui portava un'impronta manifesta sull'organo visivo in una blefaro-congiuntivite lenta che s'andava di quando in quando acutizzando, e di costituzione abbastanza buona, ma logora da gravi e diurne fatiche e da un'alimentazione grossolana ed insufficiente.

Esaminato attentamente l'occhio sinistro, mercè il rischiaramento obliquo, potei facilmente diagnosticare una cateratta completa, dura, di color giallo d'ambra alla periferia e di color giallo scuro nella parte centrale: con quest'occhio riusciva appena appena a distinguere la luce dall'oscurità. La storia anamnestica narratami dalla sua figlia (chè lo stato delle facoltà intellettuali dell'inferma non le permetteano guari di esprimere le sue idee con un po' d'ordine) e l'osservazione da me fatta mi autorizzavano ad escludere qualsiasi lesione dell'iride e delle membrane profonde dell'occhio, e l'iride presentava una notevole impressionabilità alla luce ed all'azione dei midriatici: non credetti quindi ritrovare alcuna controindicazione di rilievo all'operazione della cateratta sinistra. Poichè lo stato generale andava migliorando mercè la cura ricostituente consigliata dal dott. Gay coll'amministrazione di vino chinato, ferruginosi e

vitto carneo, e la blefaro-congiuntivite avrebbe potuto correggersi per modo da non complicare i risultati dell'operazione, mercè una cura regolare continuata per qualche giorno, non credetti tener troppo calcolo dello scarso sviluppo delle sue facoltà mentali, convinto che una diligente sorveglianza per parte della famiglia avrebbe prevenuto qualsiasi atto d'impazienza o d'imprudenza che ne potesse conseguire ad operazione compiuta.

Esaminatala infatti una seconda volta a pochi giorni d'intervallo e rilevata una miglioria generale abbastanza pronunziata, convenni col dottor Gay di operarla il mattino del 4 agosto. Giunto alla casa dell'inferma, accompagnato dal chirurgo minore signor David, vi trovai già il dottor Gay, che aveva disposto ogni cosa acconciamente, e preparata la donna con blando purgante la sera innanzi, e con instillazioni di atropina continuate nel mattino che aveano ottenuta una considerevole dilatazione della pupilla.

Determinai di operare la malata seduta, e coadiuvato dal dott. Gay che mantenne fisso il dilatatore delle palpebre, praticai la *cheratotomia superiore* a gran lembo, dividendo l'operazione in due soli tempi, praticando cioè il taglio della cornea nel primo, col coltello del Beer, e facendo uscire il cristallino dall'occhio nel secondo, senza aprire la capsula cristallina col cistotomo. L'operazione riuscì felicemente in tutti i suoi particolari, ed insieme ad insignificante quantità d'umor acqueo uscì facilmente dall'apertura corneale la cateratta, coi caratteri diagnosticati pochi giorni innanzi, di consistenza dura e di volume minore del normale. Procedetti in seguito alla medicazione dell'occhio determinandone l'occlusione col mezzo d'una piccola compressa morbida ricoperta di filaccine fissate in sito con una benda mediocrement serrata: feci coricare l'ammalata in posizione supina e le raccomandai di non fare alcun movimento e di non tentare di sollevar le palpebre: vivissime raccomandazioni feci e rinnovai alla famiglia di mantenerla in assoluto riposo e di tenere oscura la camera in cui giaceva. Il dott. Gay, che volle cortesemente assumersi la sorveglianza della malata, la rivide il giorno seguente, e riscontrando nulla di anormale, insistette ancora sulle raccomandazioni già fatte ad essa ed alla famiglia per ottenere un completo risultato, inculcando loro tutta l'importanza delle precauzioni da seguire: il terzo giorno rinnovai io stesso la medicazione, volendomi assicurare dello stato dell'occhio operato prima di allontanarmi da Pinerolo per qualche tempo, e vidi in esatta corrispondenza i lembi della ferita corneale, ma poco attivo il processo di cicatrizzazione, e ricomparsa la blefaro-congiuntivite. Vi provvidi con applicazioni fredde e rivulsivi intestinali, che il dottor

Gay fece continuare, insistendo specialmente sul calomelano ed ottenendone buoni risultamenti. Alcuni giorni dopo il mio collega mi scriveva che, nonostante le cautele adoperate, la malata, smaniosa di sperimentare se l'operazione era riuscita, s'era tolto il bendaggio e l'avea malamente ricollocato, provocando la rottura della cicatrice, già ben avviata, ed il rovesciamento del lembo corneale. Il dott. Gay, che la vide solo il giorno seguente, s'adoperò in tutti i modi per ristabilire la corrispondenza dei lembi e riattivare il processo di cicatrizzazione: ma non poté impedire che una porzione del grande lembo suppurasse e ne risultasse una cicatrice deforme con estesa macchia corneale.

Miglior esito finale sortiva un'altra operazione di cateratta ch'io praticai, sei giorni dopo la prima (10 agosto 1879), al Perrero presso Perosa-Argentina, in una donna fattami esaminare dall'amico e collega dottor Rostan. Trattavasi di cateratta completa ad entrambi gli occhi e di consistenza molle in donna sui quarantacinque anni, dotata di costituzione buona, ma molto denutrita. L'assenza completa del cerchio nero, che l'ombra dell'iride suol formare sul cristallino, denotava che questo era esattamente addossato all'iride e quindi più voluminoso del normale: il colore era bianco azzurrastrò nella cateratta destra, grigiastro e brillante nella sinistra. Nessun indizio di lesione delle parti profonde dell'occhio, e nessuna complicazione locale o generale che controindicasse l'operazione, ch'io determinai di praticare in quel giorno soltanto all'occhio sinistro, adottando anche in questo caso la cheratotomia superiore a grande lembo.

Il taglio della cornea non presentò alcuna difficoltà, ma l'uscita del cristallino dalla ferita corneale, causa il suo anormale volume, richiese una forte pressione col dorso della *curette* che provocò eziandio l'uscita d'un po' d'umor acqueo. Applicata la medicazione, l'affidai alla cura ed alla diligente sorveglianza del dott. Rostan, che mi tenne informato dell'andamento delle condizioni dell'inferma, e mi annunciò più tardi che la guarigione era completamente riuscita, nonostante una grave risipola reumatica sorvenuta nel frattempo a recare un po' di sconcerto nello stato di salute della operata, e che questa era dispostissima a subire l'operazione all'occhio destro quando le forze avessero ripreso un po' di vigore.

Ho riferito per disteso queste due operazioni, tuttochè nulla abbiano presentato di notevole nella lesione che m'indusse a praticarle nè nel metodo adottato: la differenza pertanto dei risultati conseguiti varrà a porre in rilievo le conseguenze che possono derivare dalle operazioni di natura molto delicata, praticate fuori dello spedale, quando l'ammalato e

quelli che lo circondano non sono in grado di comprendere l'importanza delle cautele da seguirsi ad operazione compiuta: perocchè anche le operazioni felicemente riuscite vanno soventi a malo esito per ragioni affatto indipendenti dall'abilità del chirurgo e dalla sua diligenza nel sorvegliare l'andamento successivo.

Nel secondo caso, invece del dilatatore delle palpebre, che reca incomodo e toglie spazio alla mano che opera, adottai l'elevatore pieno per la palpebra superiore, abbassando col pollice sinistro la palpebra inferiore: in altre circostanze, al metodo di estrazione a grande lembo che seguii in questi due casi, perchè a me più familiare, sostituirò uno dei processi a piccolo lembo, e preferibilmente quello del Lebrun, che rende meno facile il rovesciamento del lembo corneale e la perdita dell'umor acqueo, pur lasciando sufficiente varco all'uscita della cateratta.

CHIRURGIA.

V.

Doppia frattura comminutiva della gamba sinistra, complicata da grave lesione delle parti molli. — Medicazione listeriana. — Guarigione.

La sera del 23 agosto 1879 R. G., conducente in San Germano-Chisone, scendendo dalla parte anteriore del suo carro carico di merci del peso approssimativo di miriagrammi 300, sdruciolò sotto la sbarra sinistra e la ruota passogli obliquamente sulla gamba sinistra, causando una frattura comminutiva senza lesione dei tegumenti all'estremo inferiore della tibia, e frattura comminutiva del perone e della tibia al loro terzo superiore, complicata da ampia ferita, traverso la quale sporgeva in forma di becco di flauto il frammento tibiale inferiore. Fu portato nel suo letto, e l'arto fratturato fu sottoposto a bagni freddi continuati tutta la notte per far cessare l'emorragia ch'era insorta poco dopo l'accidente con proporzioni inquietanti. L'indomani di buon mattino io lo visitai: la ferita lacero-contusa era ampia, anfrattuosa e si estendeva nella regione anteriore e laterale interna della gamba dall'apice inferiore della rotula, fino in corrispondenza dell'articolazione tibio-tarsea: nella parte superiore era molto profonda ed era tuttora attraversata dall'apice del frammento inferiore: al lato esterno della giuntura del ginocchio ed all'estremo inferiore della coscia la cute era tumefatta e produceva sotto la pressione digitale un crepitio enfisematico marcatissimo. La gravità di siffatte lesioni e la vicinanza dell'articolazione del piede e specialmente di quella del ginocchio ch'io supponeva interessata da una frattura longitudinale del frammento tibiale superiore, mi lasciarono qualche poco in forse se non fosse miglior par-

tito procedere alla disarticolazione immediata della gamba, anzichè correre i rischi d'una gangrena dell'arto fratturato, oppure d'un artrite suppurata nella giuntura interessata, colla quasi certezza d'un esito funesto. Ma edotto dall'esperienza di molti grandi chirurghi e da due casi gravissimi da me stesso osservati, a far molto calcolo sulle risorse della chirurgia conservatrice potentemente coadiuvata dalla medicazione antiseptica, preferii temporeggiare sorvegliando attentamente l'andamento delle lesioni, e disponendomi a ricorrere prontamente all'ablazione del membro qualora la minaccia d'una fra le gravissime complicazioni temute avesse fatto capolino. D'altronde l'età dell'infermo, che toccava appena i 36 anni, e la robustezza della sua costituzione m'autorizzavano a tentare questo esperimento con probabilità di buon successo. Esplorando col dito il focolaio della frattura superiore, scoprii ch'essa apparteneva alla classe delle fratture così dette a *cuneo* od a V: il frammento superiore presentava un angolo rientrante rivolto in basso, in cui dovea capire il becco di flauto del frammento inferiore, che sotto l'impulso della retrazione muscolare sporgeva tuttora in alto e sul fianco interno del frammento superiore. Tentai ripetutamente la riduzione ricorrendo nel secondo tentativo alla cloroformizzazione del malato, che permise la coaptazione dei frammenti, cui procacciai di mantenere mediante l'apparecchio a piccole bende di Sculteto, rafforzato da tre cinture di cuoio che, circondando il semicanale di latta in cui era adagiato l'arto e la parte superiore dell'arto stesso, doveano rendere fissa e salda la posizione delle assicelle. Sull'ampia ferita, accuratamente lavata con una soluzione fenicata 5 p. 0/0, avea applicato un apparecchio di medicazione rigorosamente listeriana.

Cinque giorni dopo, rinnovando la medicazione, vidi mortificate per buon tratto le parti molli circostanti al focolaio della frattura superiore, causa la gravissima contusione patita dall'attrito della ruota, e spostato nuovamente il frammento inferiore, il cui apice avea ripigliata la primitiva posizione smuovendo il lato interno del V, che compresi allora essere soltanto una scheggia mal sostenuta dalle sue aderenze colle parti molli.

Nuovi tentativi di riduzione non avendo sortito buon esito, resecai con una sega catena l'apice del frammento inferiore, che potè per tal modo essere ricondotto nella sua posizione normale, in cui lo mantenni adottando il metodo di contenzione del Buck con puleggia e pesi, applicati e tollerati dall'infermo per parecchi giorni di seguito, e rinnovando l'apparecchio di Sculteto. Rifeci la medicazione listeriana e vi aggiunsi un sistema di tubi a drenaggio che partendo dal focolaio della frattura uscivano beanti fra una benda e l'altra: assicurai per tal modo lo scolo

del pus fuori dell'apparecchio e potei lasciare un lungo intervallo fra le medicazioni che venivano rinnovate solo in capo a dodici o quindici giorni. La formazione del callo potè per tal modo effettuarsi senza interruzione nella frattura dell'estremo inferiore della tibia, ed anche nella frattura complicata della tibia e del perone al terzo superiore, dalla quale potei estrarre alla fine del secondo mese un sequestro voluminoso formato dalla corteccia esterna del becco di flauto del frammento inferiore, ch'era rimasto scoperto per la mortificazione delle parti molli corrispondenti. Quando vidi pullulare nel vuoto lasciato dai tessuti mortificati uno strato di carni rigogliose e coprirsi a livello della cute di buone granulazioni, vi praticai numerosi innesti epidermici che affrettarono la formazione d'una cicatrice poco appariscente: in principio del terzo mese levai definitivamente l'apparecchio di Sculteto, facendo rinnovare accuratamente ogni giorno la medicazione fenicata in corrispondenza del foro fistoloso che perdurava tuttora in corrispondenza del focolaio della frattura. Alla fine del terzo mese, vale a dire sullo scorcio di novembre, munii l'arto d'un bendaggio rinforzato da tre assicelle in legno per costituire una specie di scheletro esterno che permettesse tentativi di deambulazione senza compromettere la solidità del callo, e potei per tal modo constatare che l'ammalato avrebbe ricuperato fra breve l'uso completo della gamba sinistra senza anchilosi all'articolazione del piede nè a quella del ginocchio, e con un accorciamento d'un centimetro e mezzo appena. I quali risultati soddisfacentissimi ritengo essere in gran parte dovuti alla medicazione antisettica costantemente e rigorosamente applicata, ed allo spediente della puleggia e pesi che, paralizzando la contrattura muscolare e mantenendo in contatto i frammenti, permise la formazione di un callo regolare ed abbastanza solido con insignificante accorciamento dell'arto.

CHIRURGIA.

VI.

Due casi di piede varo congenito. — Tenotomia. —
Applicazione di bendaggio gessato. — Guarigione.

Pongo termine a questa incompleta rivista dei principali fatti chirurgici occorsimi nell'annata, ricordando ancora due casi di piede varo congenito, per la cui guarigione sostituii agli stivaletti ortopedici, di uso comune nei nostri spedali, l'applicazione d'un bendaggio gessato con felice risultamento.

Trattavasi nel primo caso d'un bimbo robusto, dell'età di giorni quaranta, ch'io vidi in sullo scorcio d'agosto, affetto da piede equino-varo sinistro così pronunziato da indurmi alla tenotomia del tendine d'Achille, e di quelli del tibiale anteriore e del tibiale posteriore, per poterne ottenere il completo raddrizzamento. Praticai l'operazione nei primi giorni di settembre, e quattro giorni dopo, appena chiusa la ferita prodotta dal tenotomo, applicai il bendaggio gessato, che ha il notevole vantaggio d'indurirsi prontamente e di venir poco o nulla alterato dall'inquinatura delle urine e delle materie fecali. Lo rinnovai ogni venti giorni circa per non ostacolare il naturale accrescimento dell'arto, ed in tre mesi potei ottenere il quasi completo raddrizzamento del piede, restituendo al membro difettoso la sua solidità e le sue funzioni.

Il secondo caso mi occorre in novembre in un bimbo affetto da doppio piede varo congenito: gli praticai nel quindicesimo giorno la sezione dei due tendini di Achille, applicandovi tre giorni dopo il bendaggio gessato, ch'io rifeci un'altra volta, ottenendone un completo risultato.

GINECOLOGIA.

Della metrite lenta. — Metrite parenchimatosa e metrite mucosa. — Granulazioni ed ulcerazioni. — Rapporti fra le ulcerazioni papillari ed il cancroide uterino. — Cura della metrite lenta. — Iniezioni intra-uterine. — Dilatazione graduale della cervice uterina.

Fra le malattie delle donne di cui ebbi di preferenza ad occuparmi in quest'anno, del pari che nei precedenti, il maggior contingente venne fornito dalle lente infiammazioni dell'utero nelle due forme in cui sogliono presentarsi di *metriti parenchimatose* e di *metriti mucose* od *interne*. Distinzione codesta ammissibile solo in senso relativo, poichè chi credesse riscontrare soventi metriti assolutamente ed esclusivamente parenchimatose ed altre esclusivamente mucose andrebbe incontro a frequenti delusioni, chè, anco nella patologia uterina, i fatti clinici mal s'accconciano alle divisioni scolastiche ed alle descrizioni classiche dei trattati.

Dalle osservazioni abbastanza numerose da me fatte nel mio esercizio pratico ho pertanto potuto convincermi della ragionevolezza dei criterii che hanno suggerito siffatta divisione delle metriti, perocchè se la lesione del parenchima e quella della mucosa non si trovano quasi mai disgiunte, una di esse suole non pertanto imprimere all'insieme dei fenomeni morbosi tale un'impronta, che la sua preponderanza sulle manifestazioni patologiche e sull'andamento della malattia non potrebbe essere disconosciuta. Ed in prova del mio asserto esporrò due casi clinici caratteristici dell'una e dell'altra serie.

Il primo caso tipico di *metrite parenchimatosa* mi venne offerto da una signora dell'età di 34 anni, di temperamento bilioso-sanguigno, che ebbe la prima mestruazione a 14 anni, e mestruazioni regolari negli anni

successivi: maritata a 24 anni ebbe tre parti ad un anno circa d'intervallo, e sei mesi dopo l'ultimo patì un aborto di tre mesi, dopo il quale abbandonò troppo presto il letto ripigliando la direzione delle faccende domestiche. Da quell'epoca cominciò ad accusare una molesta sensazione di peso all'ipogastrio, dolori lombari, leucorrea e dismenorrea. Da cinque anni in qua le mestruazioni si erano fatte irregolari, scarse e dolorose, e mancavano non di rado per due o tre mesi consecutivi. In principio di quest'anno il suo stato s'era considerevolmente aggravato: ogni flusso menstruo era preceduto da coliche e dolori alla regione lombare che duravano due o tre giorni, accompagnati da nausea e da vomiti, e lo scolo sanguigno era considerevolmente diminuito. A poco a poco le sofferenze s'appalesarono anche negl'intervalli fra due mestruazioni, estendendo i dolori a tutto l'addome, ai lombi ed alle coscie, e causando una sgradevole sensazione di peso sul retto, alla vulva ed alla regione perineale: lo scolo leucorroico era poco abbondante e molto vischioso. L'incenso riuscendo stentato ed oltremodo penoso, l'inferma aveva rinunciato ad uscire di casa, e ad ogni movimento accusava una sensazione come di corpo duro e voluminoso che si scuotesse nella pelvi.

All'esame dell'inferma trovai un addome gonfio, meteorizzato e poco dolente alla palpazione: la percussione rilevò una matità marcata nella regione retropubica fino all'altezza di tre centimetri dalla sinfisi, causata dal corpo dell'utero fatto più voluminoso e globoso: all'esplorazione vaginale incontrai il collo dell'utero abbassato, voluminoso e diretto all'indietro: la porzione inferiore era più voluminosa di quella sovragginale per modo da dare alla cervice uterina la forma di un cono a base inferiore, che lo faceva rassomigliare ad un battaglio di campana. L'orificio del collo era beante colle due labbra divaricate per modo che l'apice del dito indice vi penetrava liberamente: il labbro posteriore era più voluminoso. Combinando la palpazione ipogastrica coll'esplorazione vaginale, ritrovai il corpo dell'utero molto più voluminoso del normale, innalzato di tre centimetri al disopra della sinfisi pubica, mobile, leggermente anteverso e poco doloroso alla pressione.

L'applicazione dello speculum bivalve del Cusco, praticata senza incomodo della malata, pose allo scoperto il collo dell'utero voluminoso col muso di tinca screziato da qualche chiazza violacea su fondo pallido, appena roseo, donde assumeva un aspetto marmoreggiato. Dall'orificio del muso di tinca colava un po' di muco vischioso ma limpido, e sui suoi margini sporgevano dieci o dodici granulazioni miliariformi.

L'ammalata era debole, stremata di forze, tormentata da un cardiopalmo molesto: il suo volto aveva una tinta terrea e presentava sulla

fronte, sulle guancie e sul mento quel deposito anormale di pigmento che costituisce la così detta maschera delle donne gravide.

Nel secondo caso, caratteristico d'una *metrite interna*, trattavasi d'una donna sui 33 anni, di temperamento linfatico, mestruada con molti stenti a 16 anni e maritata a ventun anno. Ebbe due parti, dopo i quali abbandonò troppo presto il letto: nel secondo, la precoce rottura del sacco amniotico ritardò d'assai l'espulsione del feto, che causò una profonda lacerazione del collo uterino: d'allora in poi le mestruazioni si fecero irregolari e comparve un'abbondante leucorrea.

Tre anni or sono, dopo un lungo viaggio in ferrovia, soffersè un aborto di quattro mesi, dopo il quale abbandonò il letto al settimo giorno, e da quell'epoca apparvero dolori lombari, dolori alle coscie e l'abbondante leucorrea rivestì la forma muco-purulenta. Le mestruazioni divennero copiose e comparvero ad intervalli di due settimane, assumendo talora le proporzioni di vere emorragie, in cui il sangue usciva ora a fiotti ed ora a forma di coaguli, che cagionavano dolorose contrazioni uterine accompagnate da nausea, vomiti, fenomeni gastralgici e non di rado da veri fenomeni isterici. Essendosi oltremodo stremate le forze per le frequenti perdite di sangue e pel continuo scolo muco-purulento, l'ammalata venne a consultarmi.

Era abbattuta, dimagrata e pallidissima; accusava fenomeni dispeptici e gastralgici senza nausea, nè vomiti, ed un cardiopalmo violento accompagnato da oppressione di respiro: v'erano insomma tutti i sintomi che accompagnano la clorosi e l'anemia coll'aggiunta d'un estremo scoraggiamento. Colla pressione metodicamente esercitata constatai i punti dolorosi della nevralgia lombo-addominale: colla palpazione addominale non risvegliai alcun dolore, colla percussione non potei rilevare alcuna ottusità retropubica; colla palpazione associata all'esplorazione vaginale constatai un leggero ingrossamento del corpo dell'utero e poca sensibilità al ballottamento; coll'esplorazione vaginale sentii il collo dell'utero piuttosto voluminoso, e le labbra scerpellate e ricoperte d'ineguaglianze sanguinanti al contatto del dito.

All'esame collo speculum vidi il collo dell'utero un po' inclinato in avanti con superficie rossa, ulcerosa, fungosa e sanguinante. Una sonda di cera di medio calibro penetrò molto facilmente traverso la cervice fino alla cavità dell'utero, in cui potei moverla liberamente provocando vivo dolore quando l'apice urtava contro una delle pareti: quando la estrassi, la trovai inquinata di muco e di sangue in tutta la porzione introdotta.

Dall'esame particolareggiato di questi due casi clinici è facile dedurre la diagnosi differenziale fra la *metrite parenchimatosa* e la *metrite mucosa*.

Nella metrite parenchimatosa l'utero è più voluminoso, più pesante,

più globoso, gli scoli leucorroici meno abbondanti; nella metrite mucosa la tumefazione dell'organo è meno pronunciata, gli scoli leucorroici più copiosi, i dolori più vivi, maggiore il disperdimento di forze. Quanto agli scoli menstrui, sono nella metrite parenchimatosa ordinariamente più rari, più scarsi e non di rado soppressi affatto; nella metrite interna si fanno più frequenti e talora s'aumentano tanto da costituire menorragie ed anche vere metrorragie.

Certi sintomi si presentano, è vero, con pari intensità nell'una e nell'altra, quali, per esempio, i dolori lombari colle loro irradiazioni verso il sacro e lungo la coscia, ma nella metrite parenchimatosa si pronunciano maggiormente quei sintomi che emanano dall'aumento di volume dell'utero più considerevole in questa che nella metrite interna, quali sono specialmente: i vomiti, le nausee, la sensazione di pienezza dolorosa dietro il pube e per ultimo i disturbi della mizione e della defecazione, conseguenti dalla pressione esercitata sulla vescica e sul retto (1).

Ma nella maggioranza delle metriti da me osservate riscontrai la concomitanza dei sintomi dell'una e dell'altra lesione: la ipertrofia del parenchima accompagnavasi quasi sempre ad una leggiera endometrite, e la flogosi iniziale della mucosa del corpo o del collo propagavasi a non lungo andare al tessuto muscolare producendovi l'ingorgo. Per quanto concerne le lesioni della mucosa che riveste il muso di tinca, quali le *granulazioni*, le *erosioni* e le *ulcerazioni* di cui si volle in passato costituire altrettante entità morbose speciali e distinte, non ho creduto di separare mai il loro studio e la loro cura da quelli della lesione principale da cui dipendono; perocchè ho dovuto convenire col Gallard ch'esse non sono che epifenomeni d'una metrite, non incontrandosi mai senza la concomitanza di quest'affezione, mentre avviene sovente d'incontrare gravi metriti parenchimatose e mucose con abbondante scolo leucorroico senza traccia di veruna soluzione di continuità o di granulazione al muso di tinca. Ho anzi potuto osservare più d'una volta che le ulcerazioni possono manifestarsi e scomparire a più riprese nel corso d'una metrite cronica, senza che l'andamento di questa ne venisse sensibilmente modificato.

Certamente le ulcerazioni del collo dell'utero, per le proporzioni che talvolta assumono in ampiezza e profondità e per l'intensità dei fenomeni morbosi cui danno origine, meritano una seria attenzione e sovente un trattamento adatto alla forma peculiare che rivestono di semplici

(1) GALLARD, *Leçons cliniques sur les maladies des femmes*. 1873.

erosioni o di vere ulcerazioni così dette *varicose*, o *fungose*, e specialmente di ulcerazioni *papillari* che hanno molta tendenza a pullulare, formando vegetazioni più o meno proeminenti dal livello della mucosa in forma di cavoli fiori o di cresta di gallo sanguinanti al contatto dello speculum o del dito esploratore; ma è bene che il pratico non si lasci indurre a ritenerle ed a curarle come una forma speciale di malattia, ponendo in non cale la lesione primitiva del corpo dell'utero o della sua mucosa, poichè correrebbe il rischio di aggravare con inopportune medicazioni le condizioni della malattia principale, o per lo meno di veder ripullulare dopo non lungo intervallo le stesse ulcerazioni con detrimento dell'inferma e scapito della riputazione del curante.

Le conseguenze che possono derivare dall'inosservanza di tale precetto sono eccezionalmente gravi nelle metriti accompagnate da *vegetazioni papillari*, le quali, giusta gli studi e le osservazioni di alcuni moderni ginecologi e specialmente dell'Hildebrandt, del Mayer e del Tilt, possono trasformarsi nel cancroide se trascurate o mal curate. D'una di queste trasformazioni fui io stesso testimone in una signora dell'età di quarantacinque anni, pluripara, che, affetta da metrite con ulcerazioni al collo dell'utero, fu curata per alcun tempo da un pratico suo congiunto ottenendone un notevole miglioramento. Morto il medico curante, ella ebbe per parecchi anni un'invincibile ripugnanza a sottoporsi alla cura dell'antica affezione ch'era intanto ricomparsa ed aggravata tanto da stremarne le forze per l'abbondanza dello scolo muco-purulento e per la frequenza delle emorragie.

Fu l'intensità di queste perdite che l'indusse a ricorrere nuovamente ad una cura regolare della sua affezione uterina. Quando la esaminai due anni or fanno, trovai al posto delle antiche ulcerazioni un'estesa crescita cancroidea, le cui fungosità aveano distrutte le labbra del muso di tinca addentrandosi nel canale cervicale ed invadendolo in tutta la sua lunghezza; l'urto dello speculum determinò una copiosa emorragia, che frenai a stento con applicazioni ghiacciate e pennellature di percloruro ferrico.

In cosiffatte condizioni non ebbi neppure in pensiero di tentare una guarigione, tuttochè io non condivida il pessimismo di coloro che, confondendo l'epitelioma col cancro, rinunciano ad ogni tentativo di cura del primo: mi proposi solo di porre un freno alla più grave delle conseguenze del cancroide e allontanare l'esito fatale arrestando l'emorragia che si era mantenuta ribelle agli ordinari emostatici usati internamente e localmente, e s'era negli ultimi tempi fatta frequente e minacciosa tanto da farmi temere ad ogni momento per la vita dell'ammalata.

Cauterizzai le fungosità epiteliali col nitrato acido di mercurio, poi con una soluzione alcoolica di bromo, ed in ultimo con una soluzione concentrata di percloruro ferrico applicata contro la cervice uterina per mezzo d'un tampone cilindrico di cotone concavo ad un'estremità inzuppata del liquido emostatico. Potei con tal mezzo rendere meno frequenti e meno gravi le emorragie per un po' di tempo; ma non potendo più tardi ottenere sufficiente risultato con questo mezzo, praticai di conserva coll'amico e collega dott. Danesy una leggiera iniezione intrauterina di tintura di percloruro di ferro che fu ben tollerata dall'inferma, cui provocò soltanto alcune coliche in quel giorno e nel successivo, che avremmo forse prevenute se avessimo avuto a nostra disposizione la siringa per iniezioni endouterine del Braun, che permette di raccogliere nel tubo stesso della siringa l'eccedenza del liquido iniettato ritirando lo stantuffo senza estrarre il becco dalla cavità uterina, giusta il precetto dell'Hildebrandt. L'ammalata non patì d'allora in poi veruna perdita di sangue, tranne quelle che si manifestarono nelle abituali ricorrenze mensili, e potè vivere un anno ancora, soccombendo soltanto all'infezione cancerosa.

L'innocuità di questa iniezione uterina m'indusse a ricorrere a questo utilissimo mezzo terapeutico più tardi in tre casi di *metrite interna*, in cui l'emorragia frequente ed abbondante avea resistito agli ordinarii emostatici cui suolsi ricorrere in siffatte emergenze, quali la segala cornuta, la ergotina del Bonjean usata internamente e per via ipodermica, i semicupii freddi con contemporanee irrigazioni vaginali, e le iniezioni endovaginali d'acqua calda, raccomandate non è gran tempo da qualche pratico contro le emorragie e specialmente contro le metrorragie. In tutti i casi ottenni dall'iniezione intrauterina la cessazione dell'emorragia, senza suscitare veruna delle gravi complicazioni ovariche o peritoneali segnalate da qualche autore.

In due casi iniettai per due volte, a 10 giorni d'intervallo, 2 grammi circa di soluzione di percloruro di ferro a 30° colla siringa del Braun ritirando l'eccedenza del liquido secondo il metodo dell'Hildebrandt: nel terzo iniettai tintura di iodio, previa dilatazione del collo dell'utero colla spugna preparata, mercè la quale potè effettuarsi il libero deflusso del liquido cateretico appena estratto il becco della siringa.

Ho potuto in questo ultimo caso sperimentare l'azione bastantemente emostatica della tintura di jodio che ha inoltre sul percloruro ferrico il vantaggio di non causare coliche uterine, forse perchè non forma coaguli col sangue e col muco, o li forma meno voluminosi.

È appunto coll'iniezione endo-uterina di tintura jodica ch'io posi ter-

mine agli scoli sanguigno e muco-purulento della donna che mi presentò il caso tipico suesposto di lenta *metrite mucosa*: le ulcerazioni fungose della cervice uterina resistettero alle ripetute cauterizzazioni di nitrato d'argento, che diede anzi luogo a profuse emorragie alla caduta dell'escare, ma cedettero rapidamente all'uso del nitrato acido di mercurio. Lo stato generale migliorò di pari passo colle lesioni locali sotto il benefico influsso d'una cura ricostituente, e specialmente delle preparazioni ferrugine associate all'estratto di china.

Nell'altro caso tipico di *metrite parenchimatosa* usai largamente i preparati jodici, applicando tintura di jodio sulla cervice uterina ogni due giorni, facendo pennellature di tintura jodica all'ipogastrio come rivulsivo, ed introducendo eziandio una leggiera dose di tintura jodica nei semicupii freddi e nelle iniezioni vaginali a corrente continua, ch'io ordinai verso il termine della cura: l'introduzione nel canale cervicale di piccoli cilindretti di jodoformio, fatti secondo la formola del Gallard ed applicati a quattro o cinque giorni d'intervallo, vinse il leggero grado di catarro della mucosa cervicale; l'amministrazione contemporanea dei preparati ferruginosi e più tardi degli arsenicali migliorò le condizioni generali dell'inferma rialzandone le forze digestive. Potei con tali mezzi ottenere in meno di tre mesi un notevole miglioramento nello stato generale e nelle lesioni locali della mia inferma: perdurando in quell'epoca una leggera tumefazione del corpo e del collo dell'utero ed un po' di leucorrea, le consigliai la cura dei bagni di mare, a cui ricorse ricavandone una completa guarigione susseguita da una nuova gravidanza, che pose termine ad un periodo di sterilità che datava da cinque anni.

La sterilità era in questo caso causata manifestamente dallo stato infiammatorio dell'utero e più specialmente dal catarro della cervice che ingombrava il canale già notevolmente ristretto dall'ingorgo del collo e dalla tumefazione della mucosa.

La stenosi del canale cervicale è talvolta così pronunziata nella metrite cronica da non permettere l'uscita delle mucosità semplici o purulente segregate dalla mucosa e delle produzioni membranose della cavità uterina: in tali casi gli ordinarii mezzi terapeutici non riescono a combattere l'ingrossamento del corpo dell'utero e rendere possibile la fecondazione, ed è forza ricorrere alla dilatazione del canale cervicale per conseguire tali risultati.

In una giovane signora, maritata da cinque anni, che aveva sofferto sempre di dismenorrea dopo la pubertà, e avea contratto dopo il matrimonio una lenta metrite che la rendeva sterile e le causava dolori ipogastrici irradiantisi ai lombi ed alle cosce specialmente nei periodi

menstrui, avendo io esplorato con sonde di cera di vario calibro il canale cervicale e riscontrato un notevole restringimento, praticai la dilatazione del collo uterino per mezzo di spugne preparate ch'io ebbi a rinnovare quattro volte soltanto a breve intervallo, ottenendone un rapido e durevole risultamento: in breve l'ammalata potè, mercè una cura regolare, guarire del suo catarro uterino ed essere fecondata.

In tre altri casi di dismenorrea grave dipendente da stenosi del collo uterino e accompagnata da lieve endometrite lenta addivenni del pari alla progressiva dilatazione del canale cervicale rinnovando il cilindretto di spugna preparata ogni tre o quattro giorni per non dar luogo a soverchia irritazione della mucosa: in tutte e tre ho potuto ottenere una dilatazione sufficiente nello spazio di venti o venticinque giorni, mantenendo ogni volta il cilindretto nella cervice per ventiquattro ore.

Non ebbi a lamentare nelle mie operate che qualche colica uterina, leggero aumento dello scolo e qualche volta un po' d'emorragia e l'anticipazione del flusso menstruo; non fecero mai capolino le lesioni dell'ovario e del peritoneo tanto paventate da qualche autore.

Posso quindi asserire che le due importanti risorse della chirurgia uterina da me usate in una serie di felici applicazioni, vale a dire le iniezioni intra-uterine e la dilatazione graduale della cervice uterina, vanno quasi sempre immuni da gravi pericoli quando si abbia cura di praticarle a distanza dal periodo menstruale, e di constatare, prima di ricorrervi, che non esiste contemporaneamente una lesione acuta o cronica delle tube fallopiane, dell'ovario o degli annessi dell'utero in genere: perocchè è la coesistenza di codeste complicazioni che rende pericolose e sovente fatali anche le più lievi operazioni praticate sul collo dell'utero (1).

Come corollario delle cose fin qui dette sulla cronica metrite e sui mezzi adottati per ovviarvi, parmi poter conchiudere che se è talora difficile e quasi impossibile ridurre un utero malato alle sue dimensioni e struttura primitive, si riesce sempre pertanto a liberare l'ammalata dai principali sintomi morbosi e dalle sofferenze più moleste, purchè il pratico sappia tenere giusto calcolo dell'importanza relativa e dell'influenza reciproca della lesione locale e dello stato generale, specialmente delle condizioni diatesiche, che bastano talora da sè a determinare la affezione uterina, e sempre ne aumentano la gravezza e la durata. Non ostinarsi in un metodo di cura sistematico ed invariabile, qualunque ne sia l'indole ed il valore, ma sapere adattare ad ogni ammalata quello che

(1) LETEINTURIER, *Du danger des opérations pratiquées sur le col de l'utérus*. Paris, 1872.

meglio le si confaccia, e soprattutto variare la scelta della medicazione giusta le peculiari indicazioni che possono presentarsi in ogni caso speciale, è lo spediente più sicuro per venir a capo di debellare malattie che possono a primo aspetto parere incurabili, e come tali essere abbandonate a se stesse da un pratico sfiduciato.

Come egregiamente disse il B e r r u t i nell'ultima sua prolusione al corso di Ginecologia, si è nella cura delle più comuni malattie uterine che l'opera del ginecologo riesce veramente valida ed umanitaria, ed io aggiungerò che in nessun ramo della scienza nostra il medico può meglio esercitare il suo nobile apostolato che nella pratica ginecologica, tanto negletta nei piccoli centri e soprattutto nel contado, ove i più strani pregiudizi ed un malinteso sentimento di pudore vietano alla donna di palesare le affezioni degli organi genitali e di farle curare. Quante ragazze dismenorriche trarrebbero una vita meno stentata, e quante madri di famiglia potrebbero sfuggire ad una morte immatura dopo un parto od un aborto, se la frequenza e l'importanza delle malattie uterine non fossero anche oggidì tanto sconosciute!

Non vale il dire che il compimento di funzioni espressamente devolute all'utero non dovrebbe ingenerarvi malattie più frequenti che negli altri organi dell'economia, poichè nell'economia non v'ha altro organo analogo all'utero, le cui funzioni le più naturali sono altrettante imminenze morbose che un nonnulla trasforma in vere malattie.

L'esistenza attiva, funzionale dell'utero è passeggera, ma è uno stadio tutto di esuberanza, per cui quest'organo, come dice il T i l l o t, non può sfuggire alla terribile legge che vuole che l'attività patologica d'un organo sia tanto più intensa quanto la sua vita è più precaria.

Farà quindi opera eminentemente umanitaria il pratico se saprà infondere nelle famiglie il convincimento che la mestruazione, la gravidanza e specialmente il parto e l'aborto diventano, se male diretti o poco sorvegliati nel loro corso e nelle loro conseguenze, le cause più comuni delle sofferenze femminili; se potrà persuaderle dell'esistenza delle malattie uterine, della loro importanza e della loro curabilità; se soprattutto saprà indurre le sue clienti a porre in non cale i vietati pregiudizi e sottoporsi ad una cura regolare e razionale delle affezioni uterine.

Per non abusare dell'ospitalità cortesemente concessami nelle colonne della *Gazzetta Medica*, ho ristretto quest'annua rassegna di chirurgia e di ginecologia a pochi fra i fatti più salienti dell'una e dell'altra serie: mi paiono pertanto sufficienti a dimostrare che anche nei piccoli centri e nelle campagne sono possibili le operazioni chirurgiche più gravi, e agevoli le cure delle più frequenti malattie muliebri. Le statistiche hanno

oramai posto in sodo che le operazioni praticate in casa del malato, in un ambiente fisico e morale senza confronto per lui più favorevole che quello dei grandi spedali, vanno assai più soventi a buon esito, tuttochè vi scarseggino talora l'abilità del chirurgo, il numero degli assistenti e gli agi della vita: ma vi sono inoltre operazioni così urgenti che non concedono al pratico la scelta del tempo e del luogo, operazioni che per l'imminenza del pericolo s'impongono in modo assoluto alla competenza ed alla coscienza del medico locale, che non potrebbe sottrarsi alla responsabilità che gl'incombe, senza incorrere giustamente nella taccia di disumano o d'incapace. In queste emergenze non fallirà mai il pratico se avrà l'abitudine di operare, se soprattutto avrà saputo scuotere fin dai primi passi della sua carriera quella timidità che consegue dal non aver praticato operazioni che sul cadavere, e dall'essere sempre stato semplice spettatore delle operazioni praticate sul vivo. Gli è perciò ch'io sento il dovere di testimoniare qui la mia vivissima gratitudine al cav. dottor Perassi, già chirurgo ordinario dell'Ospedale di San Giovanni, ed al suo assistente cav. dott. Lace, che nel 1874, mentre io era allievo interno dello Spedale, mi addestrarono a praticare nella loro sezione chirurgica importanti operazioni, quali amputazioni, estirpazioni di tumori, estrazione della cataratta ed altre parecchie, infondendomi coraggio a proseguire più tardi da solo sulla stessa via frammezzo agli ostacoli che accompagnano i primordii dell'esercizio professionale.

Non ultimo vantaggio della chirurgia operativa largamente applicata fuori dei grandi spedali è senza dubbio quello di concorrere potentemente a rialzare il prestigio dell'arte nostra: giacchè la pratica chirurgica impone rispetto anche a quella critica intemperante che sotto l'usbergo della propria irresponsabilità e dei pregiudizi del volgo suole con tanta leggerezza affermarsi giudice competente ed inappellabile nelle pertinenze della medicina interna: che costano nonpertanto a noi improbe fatiche di corpo e di mente, gravi patemi d'animo e talvolta un irreparabile sciupio di salute.

